Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-NOV-2015
da pag. 50
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

SPECIALE
RCS MediaGroup Communication Solutions
graficocreativo

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Un italiano su due non sa che cosa sia, attribuendogli un significato confuso e distorto

Aderenza alla terapia tutta da scoprire

Una volta chiarita la definizione, il 54% la ritiene molto importante per il successo della cura

Aderenza terapeutica, questa sconosciuta. Potrebbe essere il titolo di un saggio sulla diffidenza umana verso il potere di guarigione della medicina. Molto più semplicemente, seppure in estrema sintesi, è invece il risultato di un'indagine demoscopica condotta da Doxa Marketing Advice, in collaborazione con Teva Italia, sulla capacità degli italiani a seguire correttamente le prescrizioni mediche necessarie per curare i loro malanni. Una ricerca che ha coinvolto 600 intervistati (pazienti e chi si prende cura di loro) tra i 18 e i 64 anni e professionisti della salute quali farmacisti, medici di famiglia e medici specialisti che operano in quattro aree cliniche principali: gastroenterologica, respiratoria, sistema nervoso centrale e cardiovascolare.

«Sul concetto di "aderenza alla terapia" – spiega Massimo Sumberesi, direttore di Doxa Marketing Advice – gli italiani non hanno ancora le idee chiare: un intervistato su due (43%) non sa di che cosa si tratta, attribuendogli spesso un significato confuso e distorto (per esempio accettare ciò che viene consigliato per curare la malattia o come reagisce il corpo ad una determinata terapia)». Un fenomeno, per così dire, di ignoranza collettiva sul quale pesano numerosi fattori. «Primo fra tutti – suggerisce Paola Pellicciari, coordinatrice regionale del Tribunale dei diritti del Malato per Cittadinanza Attiva – la mancanza di un'informazione di qualità, a vantaggio di un malato quasi sempre disattento verso tutto ciò lo riguarda e con una scarsa consapevolezza della patologia che lo affligge».

«In realtà, – aggiunge Sumberesi – nonostante la terminologia più per addetti ai lavori, una volta spiegata in termini di scrupolosità con la quale il paziente segue la terapia prescritta assumendo regolarmente il farmaco nei tempi e nelle modalità indicate dal medico, l'aderenza alla terapia viene ritenuta dal campione intervistato molto importante per il successo della cura (54%), al terzo posto dopo l'accuratezza della diagnosi (67%) e la competenza del medico (66%). Questo significa che, sebbene i pazienti non abbiano una consapevolezza spontanea e diretta del concetto di aderenza terapeutica, ne comprendono appieno il valore una volta adeguatamente stimolati con la possibilità di tradurlo in comportamenti pratici nella vita di tutti i giorni».

A favorire la corretta gestione della cura sarebbero soprattutto la costanza e l'impegno del paziente (47%), la motivazione del paziente (40%) e la fiducia del paziente nel proprio medico (38%). Ad ostacolare l'aderenza terapeutica sembrerebbero, invece, l'alto costo di determinate terapie (40%), l'insorgenza di effetti collaterali (38%) e lo scarso impegno del paziente (37%).

«Purtroppo – sottolinea Sumberesi – dall'indagine Doxa emergono anche le vere note dolenti: due intervistati su tre (64%) ammettono di non aderire alla terapia per i motivi più diversi (interruzione precoce della terapia, non seguire precisamente la prescrizione medica, assunzione di farmaci con tempi e modi diversi da quelli indicati dal medico), con una maggiore frequenza nella fascia di popolazione tra i 18 e i 34 anni (70%) e nell'area delle patologie del sistema nervoso centrale (78%)».

A giocare un ruolo fondamentale nella promozione dell'aderenza terapeutica, secondo il campione intervistato, sarebbero in prima battuta i pazienti stessi (52%), seguiti dai medici di famiglia (15%) e dai medici specialisti (18%). Ma altrettanto importante sembra essere il ruolo dei farmaci equivalenti. «Secondo l'85% del campione intervistato – sottolinea Silvio Garattini, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano – l'utilizzo più diffuso dei farmaci equivalenti può contribuire al miglioramento dell'aderenza terapeutica grazie ad una maggiore accessibilità alle cure», consentendo ad un numero sempre maggiore di pazienti di sostenere economicamente il costo delle terapie. «Attenzione, però, che l'aderenza venga sempre coniugata con l'appropriatezza terapeutica: se la terapia prescritta dal medico è adeguata al caso, allora l'aderenza diventa una necessità».

Farmaci equivalenti e altamente innovativi sì, ma anche più riconoscibili dal paziente

Spesso la sostituzione di un farmaco con un altro costituisce un disagio per i pazienti, soprattutto per quelli più anziani abituati ad utilizzare la stessa confezione. «Per rispondere a queste specifiche esigenze – spiega Hubert Puech d'Alissac, AD di Teva Italia – abbiamo formulato un packaging che si basa su regole semplici e chiare. È il benessere delle persone che ci guida ogni giorno: ascoltiamo i loro bisogni e li traduciamo, attraverso la tecnologia e la scienza, in farmaci e dispositivi in grado non solo di curare, ma anche di aiutare il paziente a mantenere il percorso terapeutico individuato dal medico».

«Questo avviene sempre – continua Puech d'Alissac – sia per i nostri farmaci equivalenti che per quelli innovativi nelle diverse aree terapeutiche: Sclerosi Multipla, Oncologia e Salute della Donna. Ogni singola area è ricca di esempi di come ci adoperiamo per far stare meglio le persone, e di come rispondiamo ai bisogni di cura evidenziati sia dai pazienti sia da medici e farmacisti».

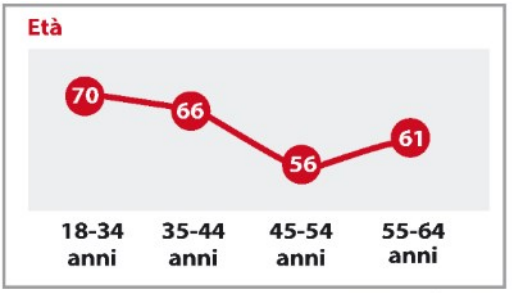
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

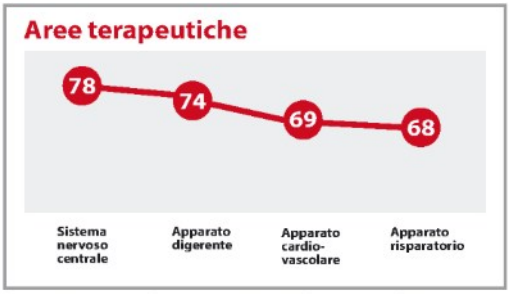
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-NOV-2015
da pag. 50
foglio 2 / 2
www.datastampa.it





Mancata adesione al trattamento (fonte: Doxa Marketing Advice, 2015)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 116.082
Diffusione 08/2015: 81.149
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

08-NOV-2015
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

Denunce sempre più chiare dello sfruttamento

«UTERO IN AFFITTO» OCCHI E VOCI DI DONNE

di Marina Corradi

Nel sonno che avvolge a livello internazionale il tema della maternità surrogata, o «utero in affitto», cioè la pratica – che ufficialmente la legge vieta in Italia – per cui una donna porta avanti una gravidanza per conto di altri, sembra di avvertire un sussulto di risveglio. Mentre, da un lato, cresce la pressione mediatica ad accettare, dopo tutte le tecniche di procreazione assistita, questo ultimo gradino, in nome di un "diritto al figlio" che si pretende assoluto, dall'altro anche tante coscienze laiche, tra cui spiccano figure autorevoli e rispettate della sinistra e del femminismo, a partire dalla Francia, si riscuotono: la maternità surrogata non è il «dono» di cui si (stra)parla, ma è duro mercato, ed è l'ultimo sfruttamento del corpo della donna che la storia ci presenta. C'è quello, appena più evoluto e ben più caro, del Nord America. E ci sono soprattutto le madri surrogate reclutate nei Paesi più poveri del Sudamerica, dell'Asia e dell'Est, selezionate come sane "fattrici", inseminate artificialmente, legate a surreali contratti in cui si impegnano a fornire un "prodotto" conforme ai criteri concordati. Solo, naturalmente, donne poverissime accettano un simile baratto. A loro vanno pochi euro, il resto è "macchina": medici, laboratori, avvocati che prosperano sul fenomeno. Si tratta di una nuova forma di colonialismo; più odioso, perché radicato nel seno della donna, in quel figlio che nella gravidanza le diventa istintivamente già caro. La novità appunto, l'alito di speranza, è che laiche autorevoli, femministe note, parlino apertamente. Ha iniziato in Francia la filosofa Sylviane Agacinski, già docente alla *Ecole des hautes études en sciences sociales* e firmataria con centinaia di intellettuali del manifesto *Stop surrogacy* pubblicato nel maggio scorso su *Libération* e in Italia reso noto solo dal nostro giornale. Pochi giorni fa Agacinski ha annunciato, ancora su queste pagine nell'intervista con Daniele Zappalà, per il prossimo 2 febbraio, le Assise per l'Abolizione universale della maternità surrogata: all'Assemblea nazionale, cioè al Parlamento francese. Mercoledì scorso in una intervista a Lucia Bellaspiga sempre su *Avvenire*, Luisa Muraro, pensatrice icona del femminismo italiano, ha portato il peso del suo contributo nel dibattito: «Io – ha detto – ho sempre dato come scontata per i Paesi europei, almeno per quelli più antichi, una posizione di civiltà acquisita. Ora invece nulla è più scontato, a causa di questo fenomeno per cui si inventano "diritti" di tutti i tipi. Non esiste un diritto ad avere figli a tutti i costi, eppure ce lo vogliono far credere: finito il tempo delle grandi aggregazioni e dei partiti, è un nuovo modo di fare politica cercando consensi. L'utero in affitto è la strada attuale per lo sfruttamento del corpo delle donne». Parole in cui ritroviamo preoccupazioni e accenti nostri. Anche noi avvertiamo uno slittamento della civiltà occidentale, se in qualsiasi maniera, anche indiretta, legittima questo mercato di donne-fattrici. Come un dimenticarsi di sé, delle proprie radici, di tante battaglie. E in nome di che? Di un "diritto a un figlio" assoluto e idolatrico, dentro un sentimentalismo "generoso" che nasconde invece un individualismo sopraffattore. Commissiona un figlio la coppia eterosessuale che non riesce ad averne (o, persino, non lo vuole col disagio della gravidanza...), ma, inevitabilmente, lo deve fare la coppia maschile gay. Ed è questo il motore che spinge potentemente la rivendicazione e il volano del consenso: la maternità surrogata è ciò che permette a due uomini, coppia per definizione sterile, di ritrovarsi genitori. È, dunque, la pretesa del "diritto" meno naturale che ci sia. Che, poi, per arrivare a questo occorra servirsi del corpo di una donna, pare secondario; ci si racconta, a giustificarsi, di una "logica del dono" che nella quasi totalità dei casi non esiste, giacché è chiaro che non si mette al mondo un figlio altrui per privarsene, se non per disperato bisogno. La convocazione al Parlamento francese, certe voci che cominciano a levarsi, o l'adesione a "Stop surrogacy", a maggio, di uno come José Bové, guru francese della lotta contro gli Ogm, fanno sperare che un fronte più ampio di opinione pubblica stia cominciando a aprire gli occhi. «Fare della maternità un servizio remunerato è una maniera di comprare il corpo di donne disoccupate che presenta molte analogie con la prostituzione», ha detto Agacinski. Brutale, ma vero. L'«utero in affitto» però non vende solo il corpo femminile, ma insieme un altro essere umano. Come non vedere la sopraffazione? Tremate, le donne son tornate, recitava un vecchio slogan femminista. Forse, le donne stanno ora cominciando a tornare; non c'è da tremare però, piuttosto fa paura l'idea di un mondo in cui le donne tacciano, e guardino da un'altra parte.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 116.082
Diffusione 08/2015: 81.149
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

08-NOV-2015
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

Pagina a cura di StudioNews – info@studionews.eu – Grafica: Milano Graphic Studio Srl

NOTIZIE

Chieste al Governo Reti dedicate per i tumori rari

Da parlamentari, associazioni dei pazienti e Società scientifiche insieme

DI ENRICO MAGNANI

F.A.V.O. Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

In Italia manca uno specifico riconoscimento dei tumori rari - che comunque complessivamente rappresentano oltre il 20% di tutti i nuovi casi di tumore - con conseguenti difficoltà a prendere provvedimenti specifici che li riguardino. Inoltre manca ancora un sistema di accreditamento di Centri di riferimento con specifico expertise tali da favorire l'appropriatezza della diagnosi e della terapia. L'anno prossimo verranno attivate in Europa delle vere e proprie Reti di Riferimento sui tumori rari. I criteri con cui questo accadrà sono ancora in gran parte da definire. Sarebbe importante, innanzitutto, che ve ne sia almeno una per ciascuna famiglia di tumori rari, che corrisponde sempre a comunità di medici, pazienti, istituzioni che se ne occupano. È questa la richiesta rivolta al Governo da Integruppo Parlamentare Malattie Rare, Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia FAVO e Società scientifiche in Oncologia che hanno messo a punto un documento congiunto presentato nei giorni scorsi a Roma nel corso di un incontro, che è stato realizzato con il supporto di Novartis. «Una patologia oncologica rara implica decha detto afferma Francesco De Lorenzo, Presidente FAVO - è una complessità che impatta sia sull'organizzazione dell'assistenza che sulla ricerca clinica».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 23.848
Diffusione 08/2015: 11.515
Lettori Ed. II 2015: 378.000
Quotidiano - Ed. Umbria

CORRIERE DELL'UMBRIA

Dir. Resp.: Anna Mossuto

08-NOV-2015
da pag. 21
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il prototipo, brevettato, ha vinto il primo premio della Start cup 2015. Ora parte la sperimentazione in ospedale

La mammografia senza radiazioni è già realtà

di **Sabrina Busiri Vici**

PERUGIA - Non emette radiazioni ed è semplice da usare. Il nuovo mammografo a microonde è l'idea regina. L'Ubt, così si chiama, ha ottenuto il primo premio di 4mila euro alla 12esima edizione di Start cup Umbria e si è aggiudicato anche il premio speciale Umbria risorse, di 1.500 euro. A ritirare la vincita, durante la cerimonia conclusiva, è stato uno dei promotori del progetto, Giovanni Raspa. E' lui che ha spiegato come non sia solo un'idea, ma già una realtà. L'innovativo strumento, infatti, ha già un prototipo brevettato (brevetto ITA n° 0001413526) e due modelli. Il punto di forza dell'innovazione sta nella sua non nocività per le pazienti; con potenzialità enormi, dunque, di diffusione soprattutto in fase di screening. "La natura estremamente innovativa della tecnica - spiega la scheda di riferimento - sta nel fatto che per la prima volta i segnali a microonde vengono elaborati secondo una nuova modalità di applicazione del principio di Huygens. L'assenza di radiazioni ionizzanti e la grande semplicità di utilizzo rappresentano i punti di forza in chiave di potenzialità di diffusione soprattutto per lo screening". La sperimentazione clinica verrà effettuata all'ospedale di Perugia, nel dipartimento diagnostica per Immagini e la trafila è già partita: ok per il consenso del Ministero e dell'autorizzazione del Ceas dell'Umbria (Comitato Etico Aziende Sanitarie).

La seconda idea imprenditoriale premiata dallo Start cup 2015, con 2mila euro, è la STS Engineering e riguarda lo sviluppo e la commercializzazione di sistemi avanzati di misura per il settore dell'industria automotive; mentre il terzo posto del podio è stato assegnato, insieme a 1.500 euro, al Drunipg, un sistema di ricognizioni aeree mediante l'uso di droni (dall'agricoltura alla sorveglianza medico veterinaria, al pronto intervento in caso di calamità, al controllo dei bacini idrici e del territorio e così via). Alla cerimonia è stato presentato anche un quarto progetto: il A-Check, un servizio per l'attribuzione di rating di attendibilità e certificazione delle informazioni destinate al pubblico contenute in documenti aziendali, siti web, messaggi pubblicitari, file audio e video.

"L'innovazione è alla base dell'università moderna e, in una realtà come l'Umbria, dove la piccola e media impresa è molto diffusa e a grave rischio di sopravvivenza nel mondo globale, il nostro ateneo vuole offrire alle imprese ogni utile opportunità di innovazione, frutto della ricerca", ha detto il rettore dell'Università di Perugia, Franco Moriconi, che è intervenuto all'incontro, coordinato dal professor Loris Nadotti, direttore del Premio Start Cup Umbria e delegato del rettore per brevetti, innovazione e trasferimento tecnologico.

I tre vincitori della Starta cup Umbria parteciperanno al Premio Nazionale dell'Innovazione che si terrà nell'Università della Calabria il 3 e 4 dicembre.

Durante l'incontro Moriconi ha anche annunciato l'imminente apertura di un Incubatore nel Polo perugino di Ingegneria. Un progetto in cantiere da tempo che attende i finanziamenti per andare avanti. E che sembra, dunque, siano arrivati.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-NOV-2015
da pag. 51
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

Pensa alla salute

di **Riccardo Renzi**

In Italia si vive più a lungo Ma non si vive «più sani»

Da anni ci chiediamo come fa l'Italia, nonostante sprechi e corruzione, a spendere meno degli altri in sanità (in percentuale sul Pil) e ottenere risultati migliori. Perché siamo più bravi? Meglio dubitarne. Perché il personale sanitario è pagato meno che altrove? È una spiegazione parziale. Un indizio ci viene dall'ultimo rapporto Ocse sulla sanità, che contiene un rilievo sorprendente sugli anziani. È vero – dice l'Ocse – che vivono più di altri, ma vivono peggio rispetto ai Paesi a noi paragonabili. In particolare l'aspettativa di vita "senza disabilità" è più bassa (si vedano i dati sul Corriere.it/salute). Perché? Forse perché per gestire i problemi cronici, come diabete, ipertensione, malattie articolari e neurologiche, non bastano gli ospedali e i medici di base. Occorrono programmazione e organizzazione delle cure e dell'assistenza sul territorio. E molti soldi. Forse in questo stiamo mostrando la corda. Forse, per spender meno, rischiamo di perdere la battaglia contro la più grave emergenza del nostro Paese: l'invecchiamento della popolazione

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 116.082
Diffusione 08/2015: 81.149
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

08-NOV-2015
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Pagina a cura di StudioNews – info@studionews.eu – Grafica: Milano Graphic Studio Srl

EURICLEA. Nasce una nuova figura infermieristica specializzata

Leucemia Mieloide Cronica «Ecco l'infermiere speciale»

Progetto nato da AIL Pazienti LMC, Società Italiana di Ematologia e Ipasvi

DI LARA LUCIANO

Arriva un nuovo percorso formativo nato nel quadro del Progetto EURICLEA dedicato alla creazione di una nuova figura infermieristica specializzata nella cura dei pazienti affetti da Leucemia Mieloide Cronica (LMC). Il progetto nasce dalla collaborazione tra il Gruppo AIL Pazienti Leucemia Mieloide Cronica, la Società Italiana di Ematologia e la Federazione Ipasvi ed è sostenuto da Ariad Pharmaceuticals. La LMC è una malattia neoplastica che colpisce le cellule staminali del midollo osseo determinando una proliferazione incontrollata di quest'ultimo con produzione di un numero elevato di globuli bianchi. Finalmente oggi sono disponibili nuovi farmaci innovativi in grado di controllare la malattia con un incremento di sopravvivenza mai sperato in passato. Tuttavia, anche questi nuovi trattamenti possono sviluppare reazioni indesiderate come la mielosoppressione (riduzione della funzionalità del midollo osseo), eruzioni cutanee, disturbi gastrointe- stinali e alcune manifestazioni come debolezza, affaticabilità, mal di testa, alterazioni degli esami di laboratorio, tendenza alle infezioni e sanguinamenti/emorragie, comparsa di pallore, tachicardia ed affanno. Dalla nascita di questo progetto, in marzo scorso, il gruppo di lavoro composto da AIL Pazienti LMC, SIE e Ipasvi ha lavorato con grande entusiasmo portando a compimento il percorso formativo. «Fortemente voluto dai pazienti e accolto con entusiasmo da medici e infermieri, questo importante progetto sarà di grande aiuto al malato e alla sua famiglia - afferma Felice Bombaci, presidente Gruppo pazienti AIL LMC - perché crea un punto di riferimento e di supporto clinico e psicologico costante e concreto in tutto il percorso di cura, migliorandone gli esiti». «Gli infermieri hanno assunto un ruolo di supporto sempre più importante nella gestione quotidiana dei malati affetti da varie patologie ematologiche - spiega il professor Fabrizio Pane, Presidente della Società Italiana di Ematologia - per questa ragione, con piacere, SIE ha sostenuto e partecipato al Progetto EURICLEA ed ha collaborato allo sviluppo del percorso formativo che vedrà protagonisti i clinici a guidare il primo gruppo di infermieri specializzati nella gestione delle patologie neoplastiche del sangue». «A breve partirà la fase di formazione vera e propria e, una volta che il gruppo pilota avrà completato l'iter formativo, verrà istituita una rete infermieristica nazionale - ribadisce Irene Rosini, Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi - Il percorso formativo è costruito per migliorare la capacità di gestione dei pazienti in terapia con i nuovi farmaci biologici ed include lo studio del percorso assistenziale, che va dall'accoglienza durante l'iter dia- gnostico, all'accoglienza dopo la comunicazione della diagnosi, alle fasi di informazione ed educazione e finisce alle segnalazioni e intervento».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 116.082
Diffusione 08/2015: 81.149
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

08-NOV-2015
da pag. 14
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

«Infermieri, riconoscimento meritato»

L'obiettivo del progetto EURICLEA è quello di formare in Italia un primo gruppo di 'case manager' che possa poi estendersi a tutto il territorio nazionale attraverso un ampio network di infermieri specializzati nell'assistenza al paziente affetto da leucemia mieloide cronica, in modo da coprire il fabbisogno di tutti i centri italiani. «Siamo felici di aver contribuito alla realizzazione di un percorso formativo di specializzazione per gli infermieri che si occupano quotidianamente di pazienti affetti da LMC - afferma Giancarlo Parisi, Generale Manager di Ariad Pharmaceuticals Italia - Ci sembra naturale che queste figure professionali di eccellenza ottengano un riconoscimento per l'egregio lavoro che compiono con grande impegno e serietà a beneficio dei pazienti». **(L. LUC.)**

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 80.666
Diffusione 08/2015: 53.218
Lettori Ed. II 2015: 745.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

08-NOV-2015
da pag. 1
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'analisi

Tecnologia, merito e organizzazione: così si supera la sfida

Mario Pappagallo

«Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare». Questa è la road map che dovrebbe guidare i legislatori, le autorità sanitarie nazionali e regionali, i controllori del buon funzionamento della sanità (che andrebbe premiato) o della cattiva gestione (che andrebbe duramente sanzionata). E i controllori non dovrebbero mai essere gli stessi che erogano le risorse al pubblico e al privato convenzionato.

La rotta è tracciata, ma da anni è come se la sanità navigasse al buio, senza una guida capace di seguire la rotta migliore terminando sempre in secca. O contro scogli come le liste d'attesa, tanto odiate dai cittadini impauriti dallo stato di malattia che vivono e quasi sempre disinformati sulla reale urgenza rispetto ad esami ed interventi.

È chiaro a tutti che l'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del servizio sanitario nazionale. E che l'erogazione di esami o cure entro tempi appropriati, rispetto alla malattia, rappresenta una componente strutturale dei livelli di assistenza (Lea), così come previsto da un decreto del consiglio dei ministri del 29 novembre 2001. Quattordici anni fa. Il problema già c'era, è nato poco dopo la Riforma sanitaria (1978), ed è rimasto. Soprattutto nella maggior parte del Centro Sud. I numeri parlano chiaro, negarli sarebbe un autogol. Il confronto con alcune Regioni del Nord che hanno ritrovato la rotta giusta (risparmiando peraltro è senza rinunciare alla qualità delle prestazioni) è spesso impietoso. Il governatore della Campania, Vincenzo De Luca, ne è più che consapevole quando afferma: «La nostra Regione vive ancora nella preistoria, se ci fossero le nostre liste di attesa in Regioni come il Veneto i cittadini li andrebbero a prendere sotto casa». De Luca quindi si rende conto che è urgente cambiare rotta. Che quella seguita finora ha incagliato la sanità campana. L'obiettivo è ora «rivoluzionare, in primis umanizzando il servizio ed eliminando liste di attesa, per le quali un cittadino deve aspettare anche fino a 270 giorni (9 mesi) per avere un'analisi, una visita oculista o cardiologica». De Luca annuncia il cambio di rotta: «I dati che abbiamo raccolto sulle liste d'attesa sono vergognosi. A volte sono causate dalla mancanza di personale, a volte da tecnologie obsolete, senza fare demagogia questo deve cambiare. I medici dovranno preoccuparsi solo di umanizzare il servizio». Prime mosse: la scelta dei direttori generali senza più portare avanti rapporti clientelari; l'eliminazione dei tetti di spesa, causa di liste d'attesa che provocano il rinvio (non per le urgenze) a quando il budget lo consente oppure spingono a pagare la prestazione o ancora a rivolgersi al privato, se non addirittura, come rilevato da numerose inchieste giudiziarie, ad alimentare il vecchio costume della bustarella. Le liste d'attesa sono tra i motivi per i quali gli italiani sembrano rinunciare alle cure (rapporti Censis e Istat). Soprattutto perché viene meno quella sanità che, per Costituzione, dovrebbe essere sul suolo italiano gratuita, universale, pubblica, di qualità e uguale per tutti.

La spesa privata è arrivata a 500 euro pro capite e il 53,6% degli italiani dichiara che la copertura dello stato sociale si è ridotta. In più le lunghe liste d'attesa nella sanità pubblica spingono verso il privato chi può spendere per curarsi, visti i costi proibitivi di ciò che è offerto fuori del servizio sanitario e un sistema assicurativo di complementarietà ancora tutto da definire in Italia. Censis e Istat sono d'accordo.

Questo il quadro. Cosa fare? Guardando realtà dove i tempi d'attesa sono rientrati in limiti apprezzabili, non occorre aumentare gli operatori (caso mai distribuirli al meglio) bensì utilizzare al meglio strutture e apparecchiature (da cambiare se obsolete) evitando sprechi e deleteri tempi morti. È indispensabile unificare la Rete in modo da conoscere in tempo reale l'offerta rispetto alla domanda. La reale informatizzazione della sanità è vincente. Quindi educare medici e cittadini ad evitare esami inutili e a conoscere i reali tempi di una diagnosi precoce o dell'urgenza di una prestazione. È inaccettabile ascoltare ancora il medico che parla, per esempio, di urgenza di un intervento quando poi nella stessa struttura per quell'intervento si preannuncia un'attesa di 5-6 mesi. Ed è altrettanto inaccettabile, poi, di fronte alla giustificata disperazione del paziente, proporre la soluzione a pagamento in una struttura privata, caso mai pagata in parte al nero. Per la salute si arriva a vendere la propria casa (sempre che la si possieda).

Tra pubblico e privato occorre una sana competizione, di qualità e sotto il vigile controllo di agenzie indipendenti da chi eroga e da chi deve essere controllato. Per esempio l'Agenas dovrebbe acquisire in tal senso sempre più poteri e rendere pubblici i dati sull'attività delle varie strutture e servizi. Anche la trasparenza aumenta una sana concorrenza basata sulla qualità. Se una neurochirurgia per esempio fa 8 interventi all'anno va chiusa anche se il primario è in politica, rafforzando invece chi lavora bene. Una sanità

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 80.666
Diffusione 08/2015: 53.218
Lettori Ed. II 2015: 745.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

08-NOV-2015
da pag. 1
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

pubblica sana e sostenibile ha bisogno di trasparenza, gratificazioni e punizioni. L'interesse dei cittadini-pazienti deve essere al primo posto, il merito deve essere il cardine delle scelte, i curricula di chi lavora nella sanità vanno letti (e non basarsi sulla semplice frase: chi la manda?), il privato deve essere qualificato e sinergico con il pubblico, la privacy è sacrosanta ma non deve essere un alibi. Se un paziente è sottoposto a esami inutili occorre che sia tracciabile per poter intervenire. Anche perché l'inutile allunga l'attesa di un altro che invece ha bisogno di quella prestazione nei giusti tempi. Un'ultima considerazione: non è complicato risolvere l'annoso problema delle liste d'attesa, non è costoso ed è qualificante, ma occorre fare i fatti. È tempo che siano le parole a finire in attesa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 33.213
Lettori Ed. II 2014: 378.000
Quotidiano - Ed. Napoli

IL MATTINO Napoli

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

08-NOV-2015
da pag. 47
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il focus

Oms, che dilemma a tavola: i dubbi chiariti dagli esperti

Dall'allevamento al consumo, quello che c'è da sapere

Domande & risposte

Carne rossa o lavorata: benefici e rischi indicati da medici, veterinari e professori universitari

Carne rossa o lavorata: che cosa dice esattamente l'Organizzazione mondiale della sanità? Anzitutto, distingue la carne rossa - che deriva dal muscolo del manzo, vitello, maiale, agnello, capretto o cavallo - dalle carne trattata con processi di salatura, fermentazione, affumicatura o altre procedure che ne migliorano sapore e conservazione. Tra questi prodotti ci sono hot dog, salsicce, carne in scatola, salumi vari, salse con carne. La differenziazione è stata proposta da una commissione istituita dall'Associazione internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) nel 2014 proprio per aggiornare le indicazione sul rischio oncologico correlato al consumo di carni rosse (fresche) e carni conservate, i cui risultati sono stati recepiti dall'Oms. Per chiarire meglio, «Il Mattino» ha consultato medici, veterinari, docenti universitari.

maria pirro

1 Le norme europee

Etichetta d'obbligo: ogni animale visitato almeno due volte

La produzione, la commercializzazione e la somministrazione delle carni rosse in Europa è disciplinata da specifiche norme, che non solo indicano corrette pratiche da seguire ma obbligano gli Stati membri (quindi anche l'Italia) a provvedere ai controlli. Con l'etichetta obbligatoria, «tutti dati e le fasi della vita dell'animale, a partire da dove è nato, dove è stato allevato, dove è stato macellato, sono riportate», spiega Vincenzo Caputo, coordinatore dei servizi veterinari dell'Asl Napoli 1 Centro. «Allo stato - afferma - le carni rosse, in particolare quelle di bovino e di suino sono tracciate con apposite banche anagrafiche che rendono di fatto impossibile la commercializzazione di animali che non abbiano ricevuto una visita medico-veterinaria ufficiale prima e dopo la morte».

2 I dati pubblicati

Oltre 800 studi al centro dell'analisi e conclusioni chiare

Il rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità sulle cami rosse raggruppa i dati provenienti da 800 diversi studi, attribuendo in particolare agli studi prospettici, che valutano cioè gli effetti nel corso del tempo, il valore maggiore nei criteri di giudizio adottati. «L'insieme di queste evidenze permette la classificazione di cancerogenicità» spiega l'epidemiologo Salvatore Panico. Avverte: «Nel caso delle carni processate, viste nel loro insieme, la categoria indicata è la più forte, vale a dire che il consumo abituale comporta una tale coerenza di evidenze scientifiche, che ne indicano la pericolosità, da essere classificato come potenziale cancerogeno in modo molto convincente. Per le cami rosse, il giudizio è meno "forte"».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2012: 33.213
Lettori Ed. II 2014: 378.000
Quotidiano - Ed. Napoli

IL MATTINO Napoli

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

08-NOV-2015
da pag. 47
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

3 Le linee guida

Stile mediterraneo per prevenire anche i tumori

«Il consumo moderato di carne è inserito nel modello di Dieta mediterranea, schema che gli studi scientifici riconoscono come protettivo per la prevenzione di tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie neurodegenerative». Maria Triassi, direttore del dipartimento di sanità pubblica del Secondo Policlinico, sottolinea che «restano pertanto valide le raccomandazioni che suggeriscono per contrastare le malattie croniche, tumori compresi, il consumo quotidiano di cereali (pasta, riso o pane) preferibilmente integrali, frutta ed ortaggi (almeno 5 porzioni al giorno), legumi accompagnati da carne (3-4 volte la settimana fra rosse e bianche), pesce (2-3 volte), uova, latte e derivati oltre all'uso quotidiano di olio extravergine d'oliva, aromi e spezie utili a ridurre il consumo di sale».

4 I controlli capillari

Qui cure ormonali e farmaci vietati a differenza degli Usa

Anche l'utilizzo di medicinali da destinare all'eventuale cura degli animali allevati a scopo alimentare è disciplinato con precisione dal 2007 e prevede sanzioni al fine di evitare eventuali abusi. «Per quanto riguarda matrice delle carni rosse in Europa, e in particolare in Italia, sono previsti controlli di filiera stringenti e difficili da eludere ed è vietato da sempre sottoporre gli animali a trattamenti ormonali per aumentarne la crescita», spiega Vincenzo Caputo, coordinatore dei servizi veterinari dell'Asl Napoli 1 Centro. Puntualizza: «Questo stato di cose è consentito nel continente nord-americano. Ciò significa che i prodotti di origine italiana sono da considerare più sicuri degli altri. Ci sono oltre 90 programmi di monitoraggio solo in Campania, con non conformità riscontrate nel 0,2 per cento dei casi».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-NOV-2015
da pag. 25
foglio 1
www.datastampa.it

LIBERALIZZARE LA CANNABIS? CHIEDERE PRIMA AGLI ESPERTI

La spinta impressa da un numero consistente di parlamentari per giungere a una più rapida liberalizzazione-legalizzazione della cannabis rappresenta, a mio avviso, un modo di procedere tipicamente «all'italiana» e l'ennesimo dito nell'occhio della scienza del nostro Paese. Non mi ritengo un proibizionista e non sono pregiudizialmente contro questa iniziativa ma ne contesto il metodo e la modalità. La cannabis è una droga a tutti gli effetti, le cui concentrazioni, tasso di principio attivo, sono notevolmente cambiate nel tempo mostrando di avere soprattutto sui giovani effetti potenzialmente deleteri e dannosi per il loro cervello. Questo andrebbe sempre detto e ripetuto da chi, forse troppo preso dalla foga di conquistare il consenso, si dimentica spesso di dirlo. Anche perché siamo passati dallo slogan della fine degli anni Sessanta di Woodstock: «un po' di erba non ha mai fatto male a nessuno», al «superspinello» del terzo millennio che di danni ne fa eccome, soprattutto per quanto riguarda, per esempio, alcuni disturbi neurologici e psichiatrici: attacchi di panico e psicosi. Ma la lista sarebbe lunghissima. Ora se si vuole così frettolosamente sdoganare la cannabis a furor di popolo, promuoviamo almeno una campagna di informazione istituzionale per avvertire soprattutto gli adolescenti sui rischi che corrono. Usciamo poi, una volta per tutte, dall'ambiguità e dall'ipocrisia che si fa tra l'utilizzo di cannabis per fini terapeutici e l'assunzione di questa droga per uso ricreativo e socializzante; le due cose sono evidentemente diverse. Sono convinto che il pluralismo di idee e di opinioni rimanga il sale della democrazia ma alla fine le decisioni più delicate, soprattutto quelle che riguardano la nostra salute, andrebbero sempre confrontate con chi ha la competenza e soprattutto l'esperienza sul campo. Si può fare tutto, liberalizzare e non solo, tanto alla fine, al di là delle dispute e contrapposizioni di carattere politico, sono sempre i nostri neuroni a decidere e stabilire quello che è buono o no per il cervello di ognuno di noi.

Rosario Sorrentino
Neurologo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-NOV-2015
da pag. 46
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

SALUTE

Dermatiti professionali in aumento

Negli ultimi anni sono emerse molte nuove sostanze allergizzanti. Ma sempre più spesso chi ne soffre non svela il problema per non perdere il lavoro

Il segnale
La pelle delle mani che si secca o tende a fessurarsi è un campanello d'allarme

La difesa
Per ripristinare subito una funzione-barriera sono utili creme specifiche e guanti

Lavorare può essere irritante. Letteralmente: sono sempre di più gli impieghi ad alto rischio di dermatiti professionali, stando ai dati appena discussi a Napoli durante il congresso della Società Italiana di Dermatologia Allergologica Professionale e Ambientale (Sidapa).

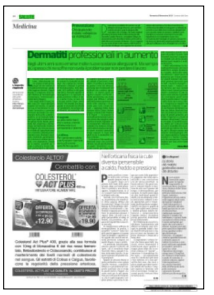
Solo negli ultimi 8 anni, infatti, sono 172 i nuovi allergeni scoperti dai medici, di questi ben 119 si incontrano in ambiente lavorativo e possono provocare dermatiti con arrossamento della pelle, prurito e gonfiore. Ce ne sono per tutti i gusti e per tutte le mansioni come spiega Nicola Balato, presidente del congresso e dermatologo dell'università Federico II di Napoli: «In circa un caso su tre si tratta di ingredienti usati per i cosmetici, indicati genericamente come idratanti, umettanti, emollienti, agenti protettivi; si trovano in tinture per capelli, cere depilatorie, smalti per le unghie, prodotti per il corpo e mettono a rischio estetiste, parrucchieri e chi lavora nei centri benessere. Altrettanto comuni le dermatiti da farmaci che colpiscono medici, infermieri e badanti: le polveri di benzodiazepine, beta-bloccanti, ACE-inibitori e altri principi attivi, rilasciate quando si maneggiano o si spezzano le pillole, possono irritare le mani e anche il viso, se non ci si sciacqua subito dopo averle toccate. Più insolite ma già segnalate le dermatiti da erbicidi nei giardinieri, da gomme negli idraulici, da camomilla, chili e additivi alimentari in baristi, addetti al fast food e ristoratori; c'è perfino la dermatite da *gratta e vinci* dei tabaccai, provocata dal rivestimento dei tagliandi che contiene spesso nichel». «A rischio anche chi applica unghie artificiali o smalto permanente, una moda sempre più diffusa: i collanti utilizzati possono provocare allergie nelle estetiste e ovviamente pure nelle clienti abituali — aggiunge Fabio Ayala, direttore della Clinica Dermatologica all'università Federico II di Napoli —. In generale le dermatiti professionali sono in calo grazie alla maggiore automazione di molti impieghi e alla conseguente riduzione del contatto con sostanze allergizzanti, tuttavia stanno emergendo nuovi mestieri potenzialmente esposti: lo sono tutti quelli in cui la manualità è ancora centrale».

Le denunce di dermatiti professionali sono circa seicento all'anno, ma gli esperti stimano un ampio "sommerso", in aumento anche per colpa della crisi economica, perché con la paura di perdere il posto, tanti lavoratori tacciono e sopportano i fastidi: solo chi ha manifestazioni gravi segnala al medico del lavoro.

«Molti sottovalutano le dermatiti professionali, che invece andrebbero sempre denunciate e trattate. Basterebbe tuttavia utilizzare i giusti mezzi di protezione per evitare problemi: guanti adeguati alla mansione possono prevenire guai in tutti i mestieri manuali — osserva Ayala —. Anche le creme barriera, pur non essendo efficaci come i guanti, possono aiutare a mantenere la cute integra e sana assieme ai prodotti che contengono grassi molto simili a quelli cutanei. Una pelle delle mani che si secca o tende a fessurarsi in ragadi è un campanello d'allarme: in questi casi bisogna ripristinare subito una buona funzione-barriera con l'aiuto di creme e l'impiego di guanti protettivi, per evitare l'ingresso in circolo di sostanze allergizzanti. Una volta avvenuta la sensibilizzazione, infatti, nel 75-80 per cento dei casi la dermatite non scomparirà più per tutta la vita. Inoltre, per le allergie cutanee non esistono immunoterapie efficaci: sapere quindi se il proprio mestiere è a rischio e proteggersi di conseguenza è il modo migliore per non avere brutte sorprese».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-NOV-2015
da pag. 46
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

Prevenzione

Chi da piccolo è stato «atopico» va indirizzato

Diminuire la possibilità di contatto con gli allergeni sul luogo di lavoro, per esempio usando sempre i guanti adeguati alla mansione che si svolge, è il modo migliore per ridurre il rischio di dermatite professionale. Secondo Cataldo Patruno, consigliere Sidapa, la prevenzione però dovrebbe iniziare anche prima della firma sul contratto di lavoro: «Se un soggetto ha una storia di dermatite atopica nell'infanzia è più a rischio di allergie: una ragazza che sia stata atopica da bambina e che diventi estetista ha un'elevata probabilità di sviluppare un'allergia da contatto a una delle tante sostanze allergizzanti con cui potrà venire in contatto. Sarebbe come mandare un asmatico a lavorare in una cella frigorifera: le crisi sarebbero sicure. Una consulenza dermatologica in giovane età per chi ha avuto una dermatite atopica potrebbe essere utile per indirizzare verso impieghi non a rischio».

E. M.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-NOV-2015
da pag. 46
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

La diagnosi

La storia del malato guida alla causa del disturbo

Non è sempre immediato capire quale sia l'agente responsabile di un'orticaria fisica, ma Fabio Ayala, direttore della Clinica Dermatologica dell'università Federico II di Napoli, sottolinea l'importanza di non cadere nella trappola degli esami allergologici standard: «Tanti fanno prelievi e prove allergiche del tutto inutili per test che in caso di orticaria fisica risulteranno normali. Il disturbo è semplice da individuare, in genere basta raccogliere la storia clinica in modo dettagliato per capire che cosa scatena i sintomi. Semmai sono utili prove specifiche disponibili presso qualsiasi centro specializzato per l'orticaria». Le indagini valutano quantitativamente lo stimolo capace di indurre la reazione e sono perciò utilizzate soprattutto per seguire i pazienti e capire se e come rispondono alla terapia: esempi sono il TempTest, che misura la temperatura in grado di scatenare la reazione cutanea, oppure il dermografometro che calcola l'intensità dello strofinamento della pelle necessario a provocare il pomfo dell'orticaria dermografica.

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-NOV-2015
da pag. 49
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE

Con le **uova** poche calorie ma molti antiossidanti e tante proteine di qualità

Ancora uno studio che sembra ridimensionare la "pericolosità" del colesterolo contenuto nelle uova. A condurlo, alcuni ricercatori del Karolinska Institutet di Stoccolma che, dopo aver valutato la frequenza del consumo di uova e il rischio di malattia cardiovascolare in quasi 38 mila uomini e 33 mila donne, seguiti per 13 anni nell'ambito di due studi osservazionali (Cohort of Swedish Men e Swedish Mammografy Cohort), non hanno riscontrato nessuna associazione significativa fra consumo di uova e rischio di infarto miocardico o di ictus.

Negli uomini, ma non nelle donne, solo un considerevole consumo (uno o più uova al giorno) è risultato associato con un aumentato rischio di scompenso cardiaco .

«Questi risultati si aggiungono a quelli di vari altri studi che hanno confermato che un consumo moderato di uova può far parte di una dieta salutare — commenta Maria Grazia Carbonelli, direttore dell'Unità operativa dietologia e nutrizione-Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma — . La demonizzazione di questo alimento, dovuta alla sua percentuale di colesterolo, rappresenta, però, tuttora, un deterrente per molti». «In realtà, quattro uova a settimana, distribuite nei vari giorni,possono essere consumate da tutti e ormai ne vengono normalmente previste due a settimana anche per chi ha il colesterolo alto — aggiunge —. Sarebbe un errore però focalizzare l'attenzione solo sul numero di uova senza ricordare che per la prevenzione della malattie cardiovascolari bisogna cambiare lo stile di vita e mantenere un giusto peso tramite un'alimentazione equilibrata e una giusta attività fisica. Nell'ambito di questo programma, due uova a settimana non sono certo pericolose e possono rappresentare una valida e piacevole alternativa ad altri secondi. Del resto, le uova sono economiche, hanno un apporto calorico modesto e un contenuto di sostanze nutritive molto elevato, a cominciare dalle proteine "nobili" la cui qualità è tale da essere addirittura presa come riferimento per il confronto con le altre fonti proteiche» .

Oltre alla proteine, le uova apportano minerali come zinco e ferro, carotenoidi quali la luteina e la zeaxantina, potenti antiossidanti coinvolti nella protezione della retina, e vitamine come la B2, la B12, la A e la D. Di questa, le uova rappresentano, insieme al pesce soprattutto quello grasso e ai formaggi grassi, una delle poche fonti alimentari significative. A questo riguardo, uno studio pubblicato di recente su *Food Chemistry* ha però evidenziato che con la cottura al forno per 40 minuti (come quella prevista da molte preparazioni contenenti uova) si perdeva circa il 60% della vitamina D che invece rimaneva ben conservata quando le uova venivano bollite o strapazzate (in questi casi, la perdita massima era del 18%) .

«Di certo anche la cottura va considerata — conferma Carbonelli — e in attesa che gli studi approfondiscano meglio anche questo aspetto, conviene cuocere bene le uova (per motivi igienici), ma senza esagerare con temperature e tempi perché in questo modo l'uovo mantiene meglio i suoi nutrienti ed è più digeribile. Inoltre, è consigliabile preferire preparazioni che utilizzino l'olio extravergine d'oliva anziché il burro, o che limitino comunque l'impiego di grassi».

Carla Favaro Nutrizionista

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Secondi» a confronto

Valori per etto di alimento crudo, al netto degli scarti

Alimenti	Kcal	Proteine g	Grassi (saturi g)	Colesterolo mg	Vitamina A mcg	Vitamina D mcg
Un uovo (g 50)	64	6,2	4,3 (1,6)	185	112	0,87
Fesa di tacchino (g 100)	107	24	1,2 (0,38)	50	tracce	0,3
Ricotta vaccina (g 100)	146	8,8	10,9 (6,8)	50	200	0,03
Sarde (g 150)	193	31,2	6,7 (1,5)	94	42	6,7

Fonte: www.ieo.it/bda - Porzioni standard

Corriere della Sera

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 116.082
Diffusione 08/2015: 81.149
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

08-NOV-2015
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

Pagina a cura di StudioNews – info@studionews.eu – Grafica: Milano Graphic Studio Srl

EpaC Onlus e Università di Tor Vergata presentano i rispettivi studi

Epatite C: con i nuovi calcoli altri 100mila pazienti in cura

Grazie ad una programmazione pluriennale e un rifinanziamento del Ssn

DI **PIERLUIGI MONTEBELLI**

Un obiettivo ambizioso ma raggiungibile: curare tutti i pazienti con epatite C, evitando discriminazioni nell'accesso ai farmaci e garantendo allo stesso tempo la sostenibilità del sistema. E' quanto emerso dal I Forum Parlamentare HCV 'Epatite C: curare tutti i pazienti in modo sostenibile è possibile', svoltosi in Senato, alla presenza del Ministro della Salute e dei parlamentari di tutte le forze politiche attivi nella lotta all'epatite, per fare il punto sullo stato dell'arte sull'epatite in Italia. «Le stime di EpaC ci dicono che possiamo nei prossimi cinque anni eradicare la malattia dal nostro Paese, e questa è una sfida entusiasmante per l'Ssn e per il Parlamento che ha sostenuto fin da subito l'idea di un fondo per i farmaci innovativi» ha detto il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Gli ha fatto eco Pierluigi Russo, Coordinatore Area Strategia e Politiche del Farmaco Aifa, specificando che «l'Agenzia Italiana del Farmaco è al fianco dei pazienti con l'obiettivo di garantire la tutela della salute a cominciare da coloro che hanno una priorità di accesso ai nuovi farmaci innovativi non differibile. Il Governo ha assunto un'iniziativa senza precedenti con l'istituzione del Fondo che rappresenta una possibilità di finanziamento altrimenti critica in un momento difficile per la sostenibilità del SSN». Sino ad oggi, mancava un dato fondamentale per avviare una programmazione di eradicazione nazionale dell'epatite C: una stima realistica del numero dei pazienti eleggibili ad un trattamento antivirale. L'Associazione EpaC Onlus ha quindi deciso con le sue forze ed in modo indipendente di avviare una ricerca lunga e complessa, durata un anno, basata sulle esenzioni per patologia da epatite C ottenendo i dati direttamente dalle singole Regioni e/o ASL, indagando successivamente altri aspetti come pazienti malati con esenzioni diverse, pazienti guariti ma con esenzione, ed altri elementi che concorrono a formare una stima complessiva realistica. Sono circa 160/180mila i pazienti con HCV eleggibili ad un trattamento antivirale con i farmaci innovativi, cifra di gran lunga inferiore rispetto a quella sinora stimata in Italia. Nell'ipotesi in cui si decidesse di trattare 30.000 pazienti ogni anno, al 2022 avremmo una spesa complessiva di 2.5/2.8 miliardi di euro (con una spesa media per paziente trattato di circa Euro 15.000). Considerando un recente studio (Mennini et al., 2015) che ha stimato una riduzione di costo attribuibile ai livelli di efficacia dei nuovi farmaci anti-HCV pari a Euro 12.500 per paziente trattato già a partire dal 2018, l'investimento proposto sembra avere tutti i criteri di una sostenibilità economico-finanziaria. «La nostra Associazione è riuscita a colmare un vuoto informativo - ha dichiarato Ivan Gardini, Presidente EpaC Onlus - sul quale si erano radicate numerose speculazioni e favoleggiati numeri inverosimili, alimentando una ingiustificata ipotesi di insostenibilità per la cura di tutti i pazienti con epatite C». Secondo Francesco Saverio Mennini, Research Director, Centre for Economic Evaluation and HTA (EEHTA), Università di Roma 'Tor Vergata' «Il nostro studio potrebbe permettere ai decisori di programmare in maniera più precisa e consapevole, già a partire dal 2016-2017, il trattamento dei pazienti eleggibili, compresi quelli con gradi di fibrosi da F0 a F2 (sono anche quei pazienti caratterizzati da un miglior rapporto costo efficacia)».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

08-NOV-2015
da pag. 43
foglio 1
www.datastampa.it

Il numero

Ancora troppi i diabetici che scoprono tardi di esserlo

3 milioni

È il numero di italiani affetti da diabete di tipo 2, diagnosticati e seguiti; un altro milione però non riceve una diagnosi

Si calcola che in Italia oggi 3 milioni di persone abbiano il diabete di tipo 2 (il più diffuso) e siano diagnosticate e seguite; un altro milione però non riceve una diagnosi. E sono 2,6 milioni gli italiani in difficoltà a mantenere la glicemia nella norma, condizione che di solito prelude allo sviluppo del diabete di tipo 2. In occasione della Giornata mondiale del diabete, il 14 novembre, Diabete Italia – coordinamento di associazioni e società scientifiche - organizza eventi in oltre 500 città d'Italia (www.giornatadeldiabete.it) . «Muovi i fili del diabete», è lo slogan. «È un invito a cambiare e a far cambiare — dicono gli organizzatori —. Il diabetico deve agire a vari livelli per gestire nel modo migliore la sua vita. E agire vuole dire muovere dei fili che rischiano di limitarlo. Ha diritto a una assistenza appropriata, ha dei diritti nel mondo della scuola, del lavoro e nel welfare. E vanno rispettati a tutti i livelli».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 203.009
Diffusione 08/2015: 144.529
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

08-NOV-2015
da pag. 18
foglio 1
www.datastampa.it

Miseria e Nobiltà

Sanità in rosso, l'unica via è restituirla allo Stato

Enrico Cisnetto

I 9 miliardi elargiti dallo Stato con il decreto "salva-Regioni" per ripianare i buchi della sanità decentrata sono solo un palliativo. Alla prossima manovra finanziaria, come ogni anno, le Regioni torneranno a batter cassa, ci sarà il solito tira-e-molla per poi mettere l'ennesima pezza. Il problema, più che nella politica quotidiana, affonda le sue radici strutturali nella Riforma del Titolo V, quando le competenze sulla sanità sono state trasferite dal centro alla periferia: un errore «fatale», come ha giustamente affermato il ministro Lorenzin, da cui si esce solo con una radicale controriforma. Prima del 2001, secondo l'Oms, l'Italia aveva la seconda sanità al mondo. Poi, la creazione di 20 sistemi sanitari diversi, oltre a complicare i processi decisionali e moltiplicare le procedure amministrative, ha aperto il campo a logiche clientelari, localistiche e opache nella gestione delle Asl con le uscite passate dai 71 miliardi del 2000 ai 111 attuali. Un aumento di 40 miliardi (quasi il 57%) giustificabile dal fatto che le Regioni gestiscono la sanità per il 60% con fondi non legati al loro prelievo fiscale, quindi senza doverne renderne conto. Ovviamente, dal 2000 i conseguenti trasferimenti statali sono saliti del 60%, con 17 miliardi di contributi a fondo perduto scomparsi nella voragine delle uscite regionali. Ma gli scandali ricorrenti o i 6,4 miliardi ufficialmente sperperati in corruzione sono solo la punta dell'iceberg. La propaganda del «portiamo il potere vicino al cittadino» non ha rappresentato solo la fine della divisione fra controllori e controllati, ha anche creato un contenzioso perenne e paralizzante tra Stato e Regioni. Inoltre, con 20 sistemi sanitari diversi le imprese sono disincentivate ad investire perché trovano condizioni troppo eterogenee, e i pazienti vengono discriminati nelle prestazioni. Quanto alle regioni, che finiscono con l'avere come loro unica ragione di esistenza la gestione della sanità, visto che pesa per l'80% del loro bilancio, senza un riaccentramento delle competenze sarà difficile ripianare i conti delle 8 in rosso (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Sicilia, Calabria e Puglia). Allora, dobbiamo aspettare che siano commissariate anche le altre 12 o ha ragione la Lorenzin nel voler cancellare la regionalizzazione della sanità? I margini per i tagli lineari si stanno esaurendo, come dimostra il fatto che la spesa sanitaria sale, anche se meno del previsto. L'unica strada è restituire la sanità allo Stato, non certo andare a cercare gli sprechi con il microscopio o i tagli lineari. Su molti aspetti del nefasto federalismo all'amatriciana si sta facendo retromarcia. Serve una controriforma anche in ambito sanitario. Per poi ripensare le regioni stesse. (twitter @ecisnetto)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 101.186
Diffusione 08/2015: 41.829
Lettori Ed. I 2015: 424.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

08-NOV-2015
da pag. 10
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

SALUTE PER TUTTI

Favorevoli e contrari Da un lato si applaude a un progetto innovativo, dall'altro si chiedono test preventivi di validità

Nuovi vaccini Il piano biennale raddoppia i costi

Problemi di spesa

La road-map biennale, già approvata dalle Regioni, dovrà essere valutata dal punto di vista finanziario

» LUCA CARRA

Il nuovo piano nazionale vaccini 2016-2018 è stato approvato. Anzi, no. Il ministero dell'economia, infatti, ha chiesto di rivedere i conti e di studiare la "complessa materia", visto che il nuovo piano comporterebbe una spesa quasi doppia rispetto al precedente, da 350 a 620 milioni di euro, in ragione del maggior numero di vaccini che si vogliono offrire. Appuntamento alla prossima Conferenza Stato-Regioni. Il piano è stato approvato come idea, ma non nei dettagli. Bene vaccinare, possibilmente tutti, a costo di respingere l'iscrizione a scuola dei bambini morosi, e di sanzionare i pediatri obiettori. Già questi due aspetti hanno dato fuoco alle polveri: funzionerà mandare i carabinieri, come in Pinocchio, per stroncare il fenomeno crescente del rifiuto vaccinale?

ANCORA più controverso decidere quali e quanti vaccini "promuovere attivamente", cioè di fatto rendere obbligatori. Qui la disputa è scientifica prima ancora che economica. Il nuovo Piano vaccini butta li cuore oltre l'ostacolo e propone un doppio salto mortale: da un lato consolidare per tutti i vaccini dispensati attualmente (polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B, *haemophilus influenzae*, morbillo, parotite, rosolia, varicella, HPV nelle femmine, meningococco C e pneumococco coniugato) una copertura del 95%. Dall'altro rendere universali e con lo stesso grado di copertura altri vaccini (rotavirus, Herpes zoster, meningococco B, HPV nei maschi, pneumococco negli anziani).

Programma vasto, visto che, per non dire dei secondi, anche per i vaccini storici la quota di copertura del 95% (per stroncare la circolazione di questi agenti patogeni) non è raggiunta. Anzi, continua a calare. La media si aggira poco sopra il 93,5%, e con i tassi più bassi in Veneto, Friuli, Trento e Bolzano.

PEGGIO ANCORA per il vaccino trivalente contro morbillo, parotite, rosolia, rovinato dalla bufala secondo cui aumenterebbe il rischio di autismo. Qui la copertura scende all'85,9%. Alcuni sono nettamente schierati a favore del nuovo Piano. E' il caso di Donato Greco, già direttore della prevenzione del Ministero della salute e ora in forze all'ente epidemiologico europeo a Stoccolma (ECDC). "Certo questo piano spaventa i conservatori, perché pretende di mettere il Paese tra quelli con la migliore offerta di prevenzione vaccinale. Come di consueto le critiche trascurano l'elemento più forte e importante di questo piano: l'affermazione del diritto dei cittadini del nostro Paese a non ammalarsi, o morire, di malattie prevenibili con vaccini efficaci, sicuri e sostenibili, quali quelli indicati nel piano". Anche sui soldi in più da spendere per i nuovi vaccini Greco è *tranchant*: "Seicento milioni per la prevenzione vaccinale su una spesa sulla salute di oltre 140 miliardi, lo 0,42% una frazione minima per prevenire centinaia di migliaia di malattie". Altri invece non ap-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 101.186
Diffusione 08/2015: 41.829
Lettori Ed. I 2015: 424.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Fatto Quotidiano

Dir. Resp.: Marco Travaglio

08-NOV-2015
da pag. 10
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

prezzano questo entusiasmo, ritenendolo irrealistico per la situazione italiana. L'epidemiologo della Regione Piemonte Vittorio Demicheli (regione con i tassi di copertura più alti, sopra la soglia di sicurezza del 95%) ha buttato il sasso in piccionaia chiedendosi sul *Sole Sanità*: non è forse il caso di garantire la copertura totale per i vaccini più importanti e quindi - se necessario - aggiungerne altri? Un passaggio del suo articolo su presunte sponsorizzazioni farmaceutiche del nuovo calendario vaccinale ha scatenato la bufera, con tanto di minacce di querela da parte degli autori del Piano vaccinale.

MA LA QUESTIONE più sostanziale posta da Demicheli è di metodo: se sono in commercio e quindi approvati dalle autorità sanitarie, i vaccini sono prodotti sicuri. Ma prima di decidere se proporli a tutti andrebbe condotta per ciascuno di essi un calcolo costi-benefici da parte di un'agenzia super partes come l'istituto superiore di sanità o l'Agenas. Eppure per i nuovi obiettivi vaccinali queste valutazioni indipendenti non risultano. E dove ci sono - come nel caso del vaccino anti meningococco di tipo B, la valutazione esprime dubbi sulla accettabilità da parte delle famiglie. La partita del nuovo piano non appare chiusa: alla prossima Conferenza Stato-Regioni la battaglia, oltre che sui soldi, sarà anche su cosa far entrare nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e cosa lasciar fuori.

Per approfondimenti
www.scienzainrete.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

620
I milioni di spesa previsti dal nuovo Piano vaccini varato dal governo. Poco più del doppio rispetto ai 350 di oggi

140
I miliardi di euro pubblici che attualmente vengono spesi per l'intera sanità nazionale

95
Percentuale minima di copertura vaccinale prevista dai protocolli istituzionali. Attualmente la media si aggira poco sopra il 93,5%

data stampa
dal 1980 monitoraggio media